

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**ПО ОБУЧАЮЩЕМУ СИМУЛЯЦИОННОМУ КУРСУ
(СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ)**

Специальность 31.08.43 Нефрология
код, наименование

Кафедра: Скорой медицинской помощи ФДПО

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПП по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы.	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 УК-3 ОПК-4, ОПК-5 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Текущий	Тема 1. Обследование пациента с заболеваниями почек. Тема 2. Алгоритм перевода больного на заместительную почечную терапию. Тема 3. Общие принципы ведения диализных больных.	Кейс-задание
УК-1 УК-3 ОПК-4, ОПК-5 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Промежуточный	Все темы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-3, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-3

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф		Способен проводить клиническую диагностику и обследование

		пациентов с целью установления диагноза
Ф		Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
Ф		Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф		Способен проводить медицинскую экспертизу пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»
Ф		Способен проводить медицинские, профилактические медицинские осмотры, медицинское освидетельствование, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению
Ф		Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф		Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф		Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больная, 35 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 39⁰ С, озноб.</p> <p>Из анамнеза: Заболела впервые.</p> <p>Объективно: Правильного телосложения. Пульс 100 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий. Симптом Пастернацкого положителен слева. Почки не пальпируются. Пальпация левой почки (ее области) резко болезненная. Дизурии нет. Макрогематурия, лейкоцитурия.</p> <p>На обзорном снимке мочевой системы слева, на уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент размерами 4 x 4 мм.</p> <p>На экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелэктазия. Расширение мочеточника выше тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.</p> <p>По данным УЗИ, левая почка увеличена в размерах, полостная система расширена, паренхима диффузно утолщена (до 25 мм), однородной плотности.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования
В	4	Назначьте лечение.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная 40 лет. С 20 летнего возраста неоднократно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита.</p> <p>В анамнезе повышение АД до 180\110 мм./рт.ст. Цифры АД последние 2 года постоянно повышены. Диурез не был нарушен. Месяц тому назад перенесла ОРВИ, состояние ухудшилось, уменьшился диурез, появились отеки на лице и туловище. Объективно: больная бледная, на поясице, передней брюшной стенке, ногах. Границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии. I тон на верхушке приглушен, акцент II тона над аортой. Пульс 92 в мин, ритмичный, напряженный. АД 190\120 мм. рт. ст. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Анализ мочи: уд. вес 1006, реакция — щелочная, белок - 3000 мг/л, эритроциты выщелоченные 10-12 в поле зрения, цилиндры зернистые (+)</p> <p>Анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты 2,6 * 10¹² \л, лейкоциты - 5,6 * 10⁹ \л, СОЭ - 36 мм в час.</p> <p>Биохимическое исследование крови: общий белок - 56 г\л, альбумины - 32 %, глобулины - 58%, холестерин крови - 14,8 ммоль\л.</p>
В	-	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Назовите основные клинические синдромы.
В	4	Назовите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
В	5	Чем объясняется изменение границ сердца и аускультативной симптоматики?
Н	-	003
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Пациент 53 лет обратился с жалобами на головные боли, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров жидкости в сутки), общую слабость, утомляемость, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, временами зуд кожи, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.</p> <p>Из анамнеза: болеет 12 лет, когда впервые появились отеки лица, голеней и стоп, головные боли. В последующие годы присоединилась артериальная гипертония (АД 160/100-190/110 мм рт. ст.). В моче периодически обнаруживали белок 1.2-3.4%, лейкоциты и эритроциты. Несмотря на рекомендации врачей, планового лечения не проводил. Лечился стационарно, получал преднизолон, аскорутин, мочегонные, после выписки состояние улучшалось, отеки сходили, белок в моче снижался до 0,33%. В последнее время головные боли стали носить упорный характер, стал отмечать тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду, кожный зуд, снизился аппетит, большой похудел.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Несколько заторможен, апатичен,</p>

		сонлив. Пониженного питания, ИМТ 19 кг/м ² . Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, мягкие тестоватые отеки ног (при надавливании остается ямка). В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Сердце расширено влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, частые экстрасистолы. ЧСС 88 уд/мин. АД 210/120 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание 8-10 раз в сутки, в том числе 1-2 раза ночью, моча темного цвета. При обследовании: В общем ан. крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроциты - $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $126 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 75 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1003, белок – 0,8 г/л, лейкоц. – 3-8 в п/зр., эр. 35 в п/зр., цилиндры гиал 1-2, зернистые 1-2. Суточная альбуминурия 800 мг/сут. Креатинин 370 мкмоль/л. СКФ по формуле SKD/ EPI 15 мл/мин. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, удлинение PQ, сглаженность и двухфазность зубца Т, частые желудочковые экстрасистолы. При УЗИ почек правая 8,1x3,7 см, левая 9,4x 4,1 см. Контуры неровные, толщина паренхимы 14-15 мм, ткань почек диффузно гипреэхогенна, кровоток обеднен, кортико- медуллярная дифференциация нарушена. В обеих почках единичные мелкие кисты.
В	1	Предположите вероятный диагноз
В	2	Обоснуйте вероятный диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного лабораторного обследования.
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного инструментального обследования.
В	5	Назначьте лечение.
Н	-	004
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 30 лет. Вызов СМП на дом ЖАЛОБЫ: резкие головные боли, потемнение в глазах, слабость. АНАМНЕЗ: впервые повышение АД до 150/90 мм. рт. ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. В течении последних 2 лет стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодически головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт. ст.). Применение гипотензивных средств (капотен-37,5 мг/сут, бисопролол – 10 мг/сут, индап – 2,5 мг/сут) не давало оптимального эффекта – АД снижалось до 160 – 170/110 мм рт. ст. ОБЪЕКТИВНО: больная астенического телосложения, пониженного питания, ЧСС 72 в минуту, АД – 210/130 мм рт. ст., S=D; в околопупочной области слева выслушивается систоло-диастолический шум. Со стороны остальных органов - без особенностей.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи

В	4	Показано ли применение парентеральных препаратов?
В	5	Какова дальнейшая тактика?

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень кейс-заданий, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс-задания по разделам практики.

5.1.1 Кейс-задания к зачёту по практике «Обучающий симуляционный курс (специальные профессиональные умения и навыки)»:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	01
Ф		Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с целью установления диагноза
Ф		Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
Ф		Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
Ф		Способен проводить медицинскую экспертизу пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»
Ф		Способен проводить медицинские, профилактические медицинские осмотры, медицинское освидетельствование, диспансеризацию, диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению
Ф		Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
Ф		Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
Ф		Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной форме
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка Б., 34 лет, учитель младших классов, обратилась с жалобами на боли ноющего характера вдоль всего позвоночника, боли в нижней части спины, преимущественно в покое, в ночное время, несколько уменьшающиеся после физической нагрузки; утреннюю скованность в позвоночнике до двух часов; выраженные ограничения движений во всех отделах позвоночника. Анамнез заболевания: впервые боли в нижней части спины, преимущественно в покое, с иррадиацией в правую ягодичную область, появились около 5 лет назад. Обследовалась и лечилась у невролога. По компьютерной томографии выявлено усиление физиологического лордоза, признаки грыжи Шморля Th11 и Th12, признаки нестабильности на уровне L2-L5. Выражен артроз межпозвонковых суставов. Был выставлен диагноз спондилопатия. Принимала периодически нестероидные противовоспалительные препараты

		<p>(НПВП), на фоне чего боли стихали, но возобновлялись после отмены препарата. Постепенно состояние позвоночника ухудшалось, стала отмечать утреннюю скованность в позвоночнике продолжительностью до двух часов, появились боли в грудном отделе позвоночника, нарастало ограничение подвижности в поясничном и грудном отделе позвоночника. При обследовании у ревматолога выявлен HLAB27-антиген, признаки двустороннего сакроилиита II стадии. В объективном статусе – ограничение подвижности грудного и поясничного отдела позвоночника – симптом Томайера 30 см, снижение экскурсии грудной клетки до 3 см; симптом Кушелевского положительный с обеих сторон; незначительное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, АД 140/90 мм ртст, ЧСС 80 уд в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.</p> <p>Наследственность отягощена по гипертонической болезни, у отца было заболевание позвоночника, по поводу которого к врачу не обращался, умер в 54 года от инфаркта миокарда. Пациентка курит 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез спокойный.</p> <p>Дополнительные методы обследования: Общий анализ крови: Нб 114 г/л, лейкоциты $7,6 \times 10^9$/л, п/я 1%, с/я 62%, эозинофилы 1%, моноциты 3%, лимфоциты 33%, СОЭ 25 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: светло желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1010, белок 0,6 г/л, сахар отр., лейкоциты 0-1-3 в п/зр., эпителий пл. 0-1-3 в п/зр, эритроциты 15-20 в поле зрения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Опишите тактику ведения пациента с развернутой стадией АС умеренной степени активности, обоснуйте свой выбор.
В	5	При обследовании выявлен повышенный уровень иммуноглобулина А, креатинин в пределах нормы (80 мкмоль/л), в связи с чем высока вероятность IgA нефропатии у пациента с АС. Суточная протеинурия 0,9 г. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больная Е., 28 лет поступила в стационар с жалобами на боли в мелких суставах кистей и стоп, мышцах конечностей, неприятные ощущения в кончиках пальцев, возникающие при волнении или контакте с холодной водой, субфебрильную температуру, похудание, ломкость волос, общую слабость, повышенную утомляемость. Больна в течение трех лет. Вначале появились боли в суставах, самостоятельно принимала индометацин, после чего боли купировались, продолжала работать. Год назад отмечала боли в груди, сухой кашель с незначительной одышкой. Лечилась домашними средствами (горчичники, содовые ингаляции), самочувствие улучшилось. Проведенная впоследствии при профосмотре флюорография выявила плевродиафрагмальные спайки. Летом обратила внимание на появление в области</p>

		<p>щек и спинки носа красноватых пятен, что объяснила избыточным пребыванием на солнце. Впервые обратилась к врачу в связи с возобновлением болей в суставах кистей, усилением мышечной слабости и стойким субфебрилитетом. В общем анализе мочи выявлена протеинурия 0,99 г/л, эритроцитурия — 25–30 в п/зр, лейкоцитурия — 8–12 в п/зр. Больная госпитализирована.</p> <p>Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие, ногти слоятся. Периферические лимфоузлы всех групп умеренно увеличены, подвижные, безболезненные. Нерезко выраженная деформация проксимальных межфаланговых суставов кистей за счет периартикулярного отека. Незначительная болезненность при пальпации мышц конечностей. При аускультации легких дыхание везикулярное, шум трения плевры с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1 см и вверх до II межреберья. I тон на верхушке ослаблен, систолический шум, проводящийся в подмышечную область, акцент II тона на легочной артерии. Пульс – ЧСС 88 в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, край ее ровный, чувствительный при пальпации. В левом подреберье пальпируется нижний полюс селезенки.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии?
В	5	Обоснуйте выбор терапии.
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина 38 лет. Пять лет назад во время автомобильной катастрофы получил множественные переломы костей. Через год развился остеомиелит левой бедренной кости. В течение 3 лет проводились повторные операции по удалению гнойных костных секвестров и закрытию свищей. При лабораторном обследовании в анализах мочи в течение последнего года появилась протеинурия 0,5–1,6 г/л. Стал отмечать преходящую пастозность голеней. При обследовании – состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы чистые, небольшая отечность стоп и голеней. Границы сердца в пределах нормы, ЧСС – 68 ударов в 1 мин., АД – 135/85 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень выступает на 2–3 см из-под края реберной дуги, мягкая, безболезненная при пальпации. Пальпируется увеличенная плотная селезенка.</p> <p>Симптом поколачивания отрицательный. Общий анализ крови: HGB (гемоглобин) – 128 г/л, RBC (эритроциты) – 3,8x10¹²/л, MCH – 33,7 пг, WBC (лейкоциты) – 6,2x10⁹/л (эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 53%, лимфоциты – 34%, моноциты – 8%), СОЭ – 65 мм/час. Общий белок сыворотки крови – 70 г/л, альбумин – 42 г/л. Креатинин сыворотки крови – 129 мкмоль/л. СКФ – 62 мл/мин/1,73 м². Калий сыворотки крови – 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1008, белок – 2,6 г/л, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – 0–1 в поле зрения. Анализ мочи на белок Бенс–Джонса положительный. Проба</p>

		мочи по Зимницкому: относительная плотность 1013–1006. УЗИ почек: правая почка 124 x 72 мм, паренхима 23 мм, левая почка 123 x 70 мм, паренхима 22 мм. Повышена эхогенность коркового и мозгового слоя почек.
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.
В	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости колхицина, димексида? Обоснуйте Ваш выбор.
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка 5 лет в последние 2 года часто болеет простудными заболеваниями. С раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания. В анализах мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. Направлена на консультацию к детскому урологу. При УЗИ – подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	3	Какие мероприятия необходимы в данном случае?
В	4	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с инфекцией мочевых путей. В данной ситуации длительность анамнеза, отсутствие эффекта от консервативной терапии, изменения по данным УЗИ почек позволяют правильно установить диагноз.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная К., 48 лет, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, частое безболезненное мочеиспускание, тупые ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, общую слабость, познабливание. 15 лет назад на сроке 32 недель беременности проходила лечение по поводу инфекции мочевыводящих путей. После родов к врачам не обращалась, не обследовалась. Около 8 лет назад выявлено повышение АД до 170/100 – 190/120 мм рт. ст. При объективном исследовании: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. При перкуссии левая граница сердца определяется на 1,5 см кнаружи от левой срединно–ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Акцент II тона над аортой. ЧСС – 68 уд в 1 мин. АД – 180/115 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Симптом поколачивания резко положительна справа. Общий анализ крови: RBC (эритроциты) – 3,3x10 ¹² /л; HGB (гемоглобин) – 110 г/л; MCH – 33 пг, WBC (лейкоциты) – 5,8x10 ⁹ /л; (эозинофилы – 1%,

		палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 23%, моноциты – 7%), СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи: количество – 150 мл, относительная плотность – 1007, белок – 0,3 г/л, лейкоциты – ½ поля зрения, эритроциты – 1–2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 0 – 2 в поле зрения. Креатинин сыворотки крови – 244 мкмоль/л. УЗИ почек: правая почка 92 x 37 мм, паренхима 14 мм, левая почка 85 x 34 мм паренхима 11 мм. Справа расширена лоханка до 18 мм.
В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
В	4	Что бы Вы рекомендовали пациенту для лечения данной патологии? Обоснуйте свой выбор.
В	5	Какие препараты могут использоваться при непереносимости амоксиклава, курантила? Обоснуйте Ваш выбор.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик(и):

Харламова О.В., к.м.н., доцент кафедры скорой медицинской помощи ФДПО